

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

N°

THÈSE 527

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

GUY, PHILIPPE AUDOUIN

né le 4 Janvier 1926

à Royan (Charente-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1957

AMÉLOBLASTOMES

21 Observations d'adamantinomes solides dentifiés
Considérations cliniques - Anatomo-pathologiques
et thérapeutiques

Président : M. Michel DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE ALENÇONNAISE
MAISON POULET-MALASSIS
ALENÇON (ORNE) - FRANCE

1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

GUY, PHILIPPE AUDOUIN

né le 4 Janvier 1926

à Royan (Charente-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1957

AMÉLOBLASTOMES

21 Observations d'adamantinomes solides dentifiés
Considérations cliniques - Anatomo-pathologiques
et thérapeutiques

Président : M. Michel DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE ALENÇONNAISE
MAISON POULET-MALASSIS
ALENÇON (ORNE) - FRANCE

1957



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut.

ASSESSSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	{ Beaujon SICARD (A.)
	{ Cochin QUENU (J.)
	{ Hôtel-Dieu MENÉGAUX (G.)
	{ Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	{ Bichat JUSTIN-BESANÇON (L.)
	{ Broussais DE GENNES (L.)
	{ Cochin MOREAU (R.)
	{ Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	{ Baudelocque LACOMME (M.)
	{ Port-Royal VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physicochimie médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

	MM.		MM.
	DELMAS (A.)		GRASSET (J.)
	Pr. s. ch.		LE LORIER (G.)
Anatomie	CABROL (C.)	Obstétrique	LEPAGE (F.)
	DEBEYRE (J.)		MERGER (R.)
	OLIVIER (G.)		MORIN (P.)
	GAUTHIER-		RAVINA (J.)
	VILLARS		ROBEY (M.)
	(M ^{lle} P.)		BRÉGEAT (P.)
Anatomie pathologique	Pr. s. ch.	Ophthalmologie	DESVIGNES (P.)
	BUSSER (F.)	Orthopédie	JUDET (R.)
	GUYGOU (Ch.)	Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.)
	NÉVOT (A.)		MADURO (R.)
Bactériologie	Pr. s. ch.	Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
	CHRISTOL (D.)		CHABAUD (A.)
	ETTORI (J.)		ABOULKER
	Pr. s. ch.		(P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)		BARCAT (J.)
	POLONOVSKI		BAUMANN (J.)
	(J.)		CAUCHOIX (J.)
	SCHAPIRA (R.)		DUBOST (C.)
Biologie médicale	BOURLIERE		FAUREL (J.)
	(F.)		FLABEAU (F.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)	Pathologie chirurgicale	GERMAIN (A.)
Embryologie	TUCHMANN-		GOSSET (J.)
	DUPLESSIS (H.)		LAURENCE (G.)
	COUJARD (R.)		LORTAT-
	N...		JACOB (J.)
	N...		MATHEY (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)		OLIVIER (Cl.)
	BOYER (J.)		POILLEUX (F.)
	Pr. s. ch.		THOMERET (G.)
Hygiène	DEPARIS (M.)		THOMERET (G.)
	Pr. s. ch.		VERNE (J.-M.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)	Pathologie expérimentale	LÉPER (J.)
	DEROBERT (L.)		MAURICE (P.)
	Pr. s. ch.		BOUDIN (G.)
Médecine légale	GAULTIER (M.)		BOUVIER (J.-B.)
	HADENGUE (A.)		BRICAIRE (H.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)	Pathologie médicale	BRISAUD (H.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		CASTAIGNE (P.)
Neurologie	LHERMITTE		CONTE (M.)
	(F.)		DEROT (M.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale . . .	DOMART (A.)	Pneumo-Phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	LAMOTTE (M.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	LAROCHE	Psychiatrie infantile . . .	MICHAUX (L.)
	(C.-P.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	MACREZ (Cl.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	MILLIEZ (P.)		CHAPUT
	PÉQUIGNOT (H.)		(M ^{me} A.)
	PERRAULT (M.)	Thérapeutique	CHASSAGNE
	RAMBERT (P.)		(P.)
	ROYER (P.)	Urologie	KUSS (R.)
Pédiatrie	THIEFFRY (St.)	Clinique chirurgicale . . .	AMELINE (A.)
	TURIAF (J.)		HUGUIER (J.)
	WOLFROMM		LÉGER (L.)
	(R.)		PADOVANI (P.)
	N...	Clinique médicale	ROUX (M.)
	JOSEPH (R.)		DREYFUS
	MOZZICONACCI		(Gilbert)
	(P.)		HAGUENAU (J.)
	POLONOVSEY		Pr. s. ch.
	(Cl.)		KOURILSKY
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)		(R.)
	Pr. s. ch.	Clinique neurologique . .	MARCHAL (G.)
	LÉVY (M ^{lle} J.)	Clinique obstétricale . .	DE SÈZE (S.)
	Pr. s. ch.	Clinique ophtalmologique .	MAYER (M.)
	BARJETON (D.)	Clinique pédiatrique . .	OFFRET (G.)
	Pr. s. ch.	Clinique psychiatrique . .	LAPLANE (R.)
Physiologie	PARROT (J.)		BARUK (H.)
	Pr. s. ch.		
	DEJOURS (P.)		
	DJOURNO (A.)		
	Pr. s. ch.		
	GOUGEROT (L.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire M^{lle} CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur M^{lle} GOICHON (A.)
 Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS
A TOUS LES MIENS

A la mémoire de notre grand Oncle
LE DOCTEUR ADELMAN AUDOUIN

Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Montpellier

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL DECHAUME

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique Stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a proposé le sujet de cette Thèse
et nous a fait le grand honneur de bien
vouloir en présider le Jury. Il a bien voulu
nous confier les observations de son Service.*

*Nous avons dans son Service fait nos
premiers pas dans la spécialité; nous
avons pu y apprécier la précision de son
sens clinique et la qualité de son ensei-
gnement.*

*Nous y avons pris des habitudes profes-
sionnelles que nous ne perdrons pas.*

*Qu'il soit assuré de notre très respectueux
attachement.*

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

Nous le remercions de la grande bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son Service et de la compréhension avec laquelle il nous a fait profiter de sa grande expérience stomatologique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CERNÉA

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Stomatologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont les connaissances et l'enseignement sont appréciés de tous, tant à la Faculté que dans les Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GORNOUEC

Stomatologiste de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAMBERT

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

Nous avons dans leur service fait un séjour que nous aurions aimé plus long.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HÉNION

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESCROZAILLES

Stomatologistes des Hôpitaux de Paris

Qui, avec la plus grande amabilité, nous ont prodigué leurs conseils éclairés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAUHÉPÉ

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Chef de travaux à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a toujours aidé de ses précieux conseils.

Qu'il trouve ici nos remerciements et l'expression de notre respectueuse sympathie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PAYEN

Chef de Laboratoire du Service de Stomatologie
de l'Hôpital de la Pitié

*A qui nous devons les études anatomo-
pathologiques de ces observations et qui
a participé à l'élaboration de cet ouvrage.*

*Qu'il trouve ici l'expression de toute
notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNEAU

Chef de Laboratoire
à la Faculté de Médecine de Paris

*Il nous a, dans le cadre de la spécialité,
initié à la radiographie qu'il pratique
comme un art.*

*Nous sommes heureux de pouvoir lui
exprimer nos remerciements et de l'assurer
de notre respectueuse amitié.*

AMÉLOBLASTOMES

Vingt et une observations d'adamantinome solide dentifié

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ANATOMOPATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les observations d'adamantinome solide dentifié sont, du fait de leur relative rareté, publiées à l'état isolé ou en nombre peu élevé. Il nous a paru intéressant de reprendre, parmi nos documents, certaines publications antérieures et de nouvelles observations anatomocliniques pour en dégager quelques réflexions concernant les signes cliniques, l'évolution, la thérapeutique de ces tumeurs et pour essayer de préciser certains points d'histogenèse.

Cette étude est limitée à ce qu'il est classique de décrire sous le terme « d'adamantinome solide dentifié », c'est-à-dire à des tumeurs produisant les divers tissus dentaires, plus ou moins bien différenciés, et même, dans certains cas, à côté de lésions manifestement anarchiques, de véritables dents surnuméraires.

Systématiquement ont été éliminées les malformations siégeant au niveau d'une dent, ayant ou non terminé son évolution et les productions tumorales siégeant au niveau de la partie coronaire ou radiculaire (tumeurs verruqueuses des dents de Broca). Si ces lésions présentent en effet une histogenèse à peu près semblable, elles correspondent, au moins cliniquement, à des faits différents. Cependant, de telles malformations ayant été retrouvées au sein de lésions qui font l'objet de la présente étude, il sera utile de préciser les rapports qui existent entre ces « malformations ou anomalies » et ces « tumeurs ».

OBSERVATION N° 1 (publiée par MM. CHOMPRET, DECHAUME, in *Revue de Stomatologie*, juin 1931, n° 6, 321). — M. D..., 55 ans, consulte en 1929 pour des douleurs névralgiques du maxillaire supérieur dans la région des canines. Des précisions sont difficiles à obtenir chez ce malade qui aurait éliminé, sous une prothèse, des productions dures, ressemblant à des dents, malgré de multiples extractions antérieures. Le seul fait qui inquiète le malade, est l'aggravation des névralgies et l'apparition d'une stomatite depuis le début du traitement de la syphilis qu'il a, entre temps, contractée.

L'examen clinique permet de noter, dans la région canine supérieure droite, une tuméfaction et une ulcération sur un maxillaire complètement édenté. Au fond de l'ulcération existe une masse d'émail à contours irréguliers. A gauche, dans la région canine, une pointe d'émail régulière, lisse, est nettement visible au fond d'une petite ulcération.

Des radiographies montrent, à droite, une canine incluse; à gauche, une canine incluse au contact d'une masse à contours irréguliers, d'opacité identique à celle des tissus dentaires.

L'intervention permet d'énucléer facilement un adamantinome solide, dentifié, nettement indépendant de la canine incluse, plus laborieuse à extraire.

L'adamantinome fragmenté en 5 débris, d'inégale importance, est constitué par un amas de petites masses de tissus dentaires, dont certaines sont de petites dents conoïdes.

M. Oberling, qui a effectué l'examen histologique, donne le compte rendu suivant :

« L'étude histologique est particulièrement délicate, puisque la pièce opératoire a beaucoup souffert de la décalcification qui a été particulièrement longue à se produire.

« On reconnaît, au contact de masses de substance collagène, d'un aspect homogène et abondamment infiltrées de sels calcaires, des nids et des trainées de cellules étoilées, tout à fait comparables à celles que l'on trouve dans les adamantinomes; on ne constate pas de boyaux bien conservés, mais ceci n'est pas étonnant, vu l'effritement prononcé des fragments. En plus de ces cellules étoilées, on reconnaît quelques éléments fusiformes allongés, dont la nature fibrocytaire est probable.

« La présence d'éléments conjonctifs, d'après les données classiques, fait classer cette tumeur comme un odontome adamantin. »

OBSERVATION N° 2 (radiographies in *Pratique stomatologique*, 9, publiées par MM. CHOMPRET et DECHAUME, *Revue de Stomatologie*, juin 1931, n° 6, 321). — M^{me} V. H..., âgée de 40 ans, est adressée par un confrère pour des douleurs irradiant de la 1^{re} prémolaire supérieure gauche vers la joue opposée, et persistent malgré le traitement des accidents périapicaux de cette dent. L'examen clinique ne révèle que l'absence de canine, une incisive latérale naine et une prémolaire en rotation. Une radiographie montre en plus d'une canine incluse et des malformations radiculaires de G4 et G5, 2 petits nodules d'apparence dentaire, qui font immédiatement porter le diagnostic d'adamantinome solide dentifié.

Deux interventions sont nécessaires pour énucléer ces 2 petits nodules, dont le repérage est très délicat, malgré les multiples incidences radiographiques.

Les suites opératoires sont normales.

OBSERVATION N° 3 (P^r DECHAUME : *Société de Stomatologie*, 20 octobre 1931, *Revue de Stomatologie*, décembre 1931, n° 12, 726). — M^{me} D..., 50 ans, consulte pour tuméfaction douloureuse du maxillaire inférieur gauche, dans la région prémolaire-molaire, empêchant le port d'une prothèse complète. Les signes, très minimes au début, n'ont fait que s'aggraver pendant 2 ans. Cependant, depuis 15 jours, des douleurs continues sont apparues, irradiant dans toute la branche horizontale gauche.

Il s'agit d'une tumeur osseuse déformant la table externe, recouverte par des téguments normaux. Deux fistules sont situées au sommet de la tumeur, dans le vestibule, et conduisent à un tissu dur, crissant sous le stilet.

Une radiographie confirme le diagnostic : il existe en effet une prémolaire incluse, de forme normale, une molaire incluse, dont les racines semblent atrophiées, coudées à angle droit vers l'arrière. Au-dessus et en arrière de ces dents, en rapport intime avec elles, une masse de contours irréguliers, dont la densité rappelle celle de l'émail.

Opération délicate. Incision longitudinale un peu en dehors de la crête. La prémolaire, non adhérente à la tumeur, est facilement extraite. Mais l'adamantinome, plus profondément inclus, ne se luxé pas facilement; une fracture du maxillaire se produit. Il faut alors fragmenter la tumeur avec des pinces coupantes. Il existe en certains points une adhérence complète de la lésion avec l'os maxillaire. Celui-ci est très friable, sauf au niveau du bord basilaire, où l'engrènement est suffisant pour maintenir les 2 fragments en place.

En solidarisant les prothèses des maxillaires supérieur et inférieur avec des ligatures et après mise en place d'une fronde, une consolidation en bonne position est obtenue en 1 mois, sans déformation de la mandibule.

OBSERVATION N° 4 (radio in *Pratique stomatologique*, 9, 319, fig. 453). — M^{me} D. R., nous est adressée pour une tumeur du maxillaire inférieur gauche, révélée récemment par de légers accidents inflammatoires.

Une radiographie montre l'existence d'une masse radio-opaque, ovale, oblongue en bas et en avant, de 3,5 cm sur 2 centimètres, constituée par de multiples nodules dentaires. Cette masse affleure en haut le bord alvéolaire qui est résorbé. A la partie inférieure elle coiffe une 2^e molaire, située dans la région basilaire, avec une racine recourbée vers l'arrière, collée à la couronne. Il n'y a pas de dent de sagesse. Le canal dentaire est refoulé en bas et en arrière.

Intervention sans incidents.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION N° 5 (radio in *Pratique stomatologique*, 9, 318, fig. 452). — Roger N..., 8 ans, présente un adamantinome solide dentifié, que de multiples radiographies ont permis de diagnostiquer dès l'âge de 4 ans, du fait de l'absence d'évolution de la 1^{re} molaire supérieure temporaire droite; D5 et D3 sont en position normale. Cette lésion n'a, pendant plusieurs années, subi aucune modification de volume, mais brusquement une tuméfaction est apparue, en mars 1940, et l'intervention est pratiquée.

Plusieurs petits nodules dentaires, facilement énucléables, sont situés dans une cavité présentant l'aspect d'un épithélioma adamantin. Un fragment de la paroi est examiné par le Dr Ardouin, qui pose le diagnostic de tumeur conjonctive maligne : sarcome fusocellulaire, sans formations épithéliales.

L'enfant subit alors un traitement radiothérapique en 3 séries : la 1^{re} en 1940 : 3 400 r; la 2^e en 1942 : 4 500 r; la 3^e en 1942, après 3 mois : 4 500 r.

Puis il consulte le Dr Ombredane, qui nous le renvoie après avoir pratiqué, en 1942, « en pleine récidive », une résection complète du maxillaire supérieur.

Un obturateur a été réalisé, il est bien toléré et la guérison se maintient.

OBSERVATION N° 6. — Marie M..., 8 ans, vient consulter le 24 janvier 1948 pour diastème interincisif, malposition de G1, et G2 et D2 conoïdes. Aucune autre manifestation clinique.

Une radiographie met en évidence la présence de plusieurs petits nodules arrondis, dont certains sont très irréguliers, au contact de l'apex de G1.

Le 16 février 1948 : énucléation des nodules.

Une radiographie confirme l'ablation complète.

G1 répond aux agents thermiques. Un traitement orthodontique est institué et, le 2 juin 1949, la dent est en bonne position. En 1951, aucune modification, tout reste en ordre. G2 répond aux agents thermiques.



FIG. 1. — (Obs. n° 6. Nodules à l'apex de G1.

OBSERVATION N° 7. — M. H... Claude, âgé de 23 ans, présente, sans manifestation clinique, une canine inférieure droite incluse, avec diastème entre latérale et prémolaire.

Un examen radiographique met en évidence une canine située près du bord basilaire en position horizontale et une multitude de petits nodules, dont l'opacité aux rayons X est variable suivant les points.

Certains de ces nodules sont adjacents à la canine incluse et semblent au contact du sac folliculaire. En certains points, ils sont séparés du tissu osseux par un espace nettement visible et une baguette d'os alvéolaire continue témoigne de l'inclusion profonde de ces formations.

Le 27 juillet 1948 : intervention.

Après une incision vestibulaire en U et résection de la table externe, 15 nodules sont énucléés; la canine est plus difficile à extraire, car l'apex est recourbé; tampon; suture.

Suites opératoires excellentes. Seule d2 traumatisée a dû être, par la suite, dévitalisée.

OBSERVATION N° 8 (publiée in *Revue de Stomatologie*, 1951, 52, n° 8-9, 754-763). — B... G., âgé de 8 ans, se plaint, pour la première fois en juin 1948, de douleurs dans la région basilaire du maxillaire inférieur droit.

Une radiographie montre une tumeur dentaire avec inclusion molaire.

A l'examen, le 20 septembre 1948, la face n'est pas déformée, les téguments ont leur coloration normale. La palpation du bord inférieur de la branche horizontale

droite fait sentir 2 petites aspérités (dont la pression est douloureuse), au niveau de la 1^{re} molaire. Après l'ouverture de la bouche, qui se fait normalement, on note, sur l'arcade alvéolaire droite, l'absence de la 1^{re} molaire. La 2^e molaire de lait est saine; la 1^{re} molaire a dû tomber; les autres dents sont saines.

Dans la région de la 1^{re} molaire permanente, le bord alvéolaire est élargi, la muqueuse n'est pas rouge.

Les radiographies que nous apportent les parents montrent un volumineux dentome coronaire, de la grosseur d'une petite noix, au-dessus de la couronne de la 1^{re} ou 2^e molaire permanente incluse, sur laquelle il semble implanté par un large

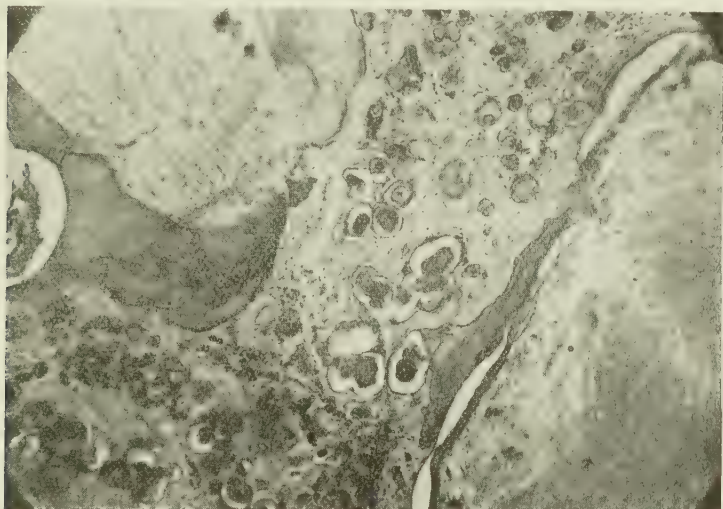


FIG. 2. — (Obs. n° 8.) Petites formations nodulaires au contact de larges plages d'émail.

pédicule. Cette masse occupe la moitié supérieure de la branche horizontale; elle est nettement séparée du tissu osseux par une zone radio-transparente. La molaire est située dans la moitié inférieure; ses apex formés émergent en dehors de la corticale osseuse (ce sont des aspérités perçues à la palpation). Il n'y a pas de germes des 2^e et 3^e molaires.

Le 26 septembre 1948 : intervention, sous anesthésie loco-régionale. Nous nous proposons d'enucléer le dentome et de laisser la molaire en place, pour ne pas fracturer la mandibule et créer une large perte de substance. Nous surveillerons l'évolution de cette molaire.

Après excision de la muqueuse gingivale recouvrant la tumeur, l'os est réséqué. Une fois la masse dégagée, suivant son plus gros diamètre, celle-ci est énucléée facilement. On découvre alors une cavité à paroi lisse, au fond de laquelle apparaissent les cuspidés de la 1^{re} molaire. On complète le dégagement de la couronne.

Suites opératoires excellentes.

Dans les années suivantes, la 1^{re} molaire a pris sa place sur l'arcade.

Examen histologique : les pièces examinées après décalcification montrent qu'elles sont essentiellement constituées par une intrication de tissus dentaires. Il existe

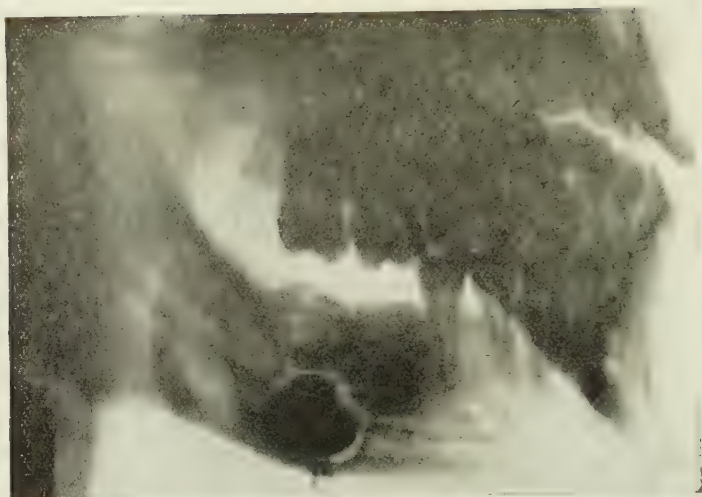


FIG. 3. — (Obs. n° 9.) Radiographie du 7 juin 1950. Masse unique, volumineuse, bilobée, empêchant l'évolution d'une molaire.

effectivement en périphérie quelques lamelles d'émail bien individualisables, grâce à leur trame organique, de la dentine présentant soit les caractères de la dentine interglobulaire, soit les caractères de la dentine canaliculaire; enfin des petites cavités occupées par un tissu conjonctif dissocié et morcelé par la préparation, s'apparentant cependant au tissu pulpaire. Par ailleurs, il semble exister de petites travées prenant des caractères ostéoïdes ou plus exactement cémentoïdes, à l'intérieur de cette masse qui n'est pas orientable.

Des fragments de tissu conjonctif appartenant probablement à la paroi de la poche kystique, dans laquelle se trouvait cette formation, sont constitués par un tissu



FIG. 4.



FIG. 5.

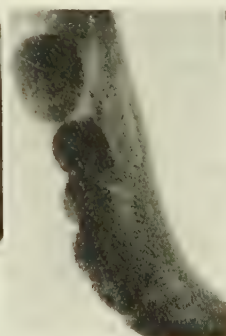


FIG. 6.

FIG. 4, 5 et 6. — (Obs. n° 9.) Radiographie du 20 décembre 1952, 1 an $\frac{1}{2}$ après l'intervention. La molaire a normalement évolué.

FIG. 7.
(Obs. n° 9.)

Photographie de la section de la pièce opératoire. Cette masse unique renferme de nombreuses formations odontoïdes, avec cavité pulpaire, dentine et émail.

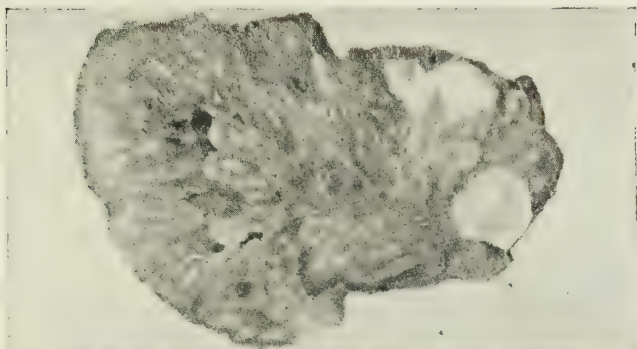


FIG. 8.
(Obs. n° 9.)

Coupe minéralogique. Les formations odontoïdes juxtaposées, à un fort grossissement. L'émail, en périphérie d'une formation, est au contact de l'émail de la formation voisine. La dentine présente une disposition canaliculaire et, de place en place, existent des cavités pulpaires.

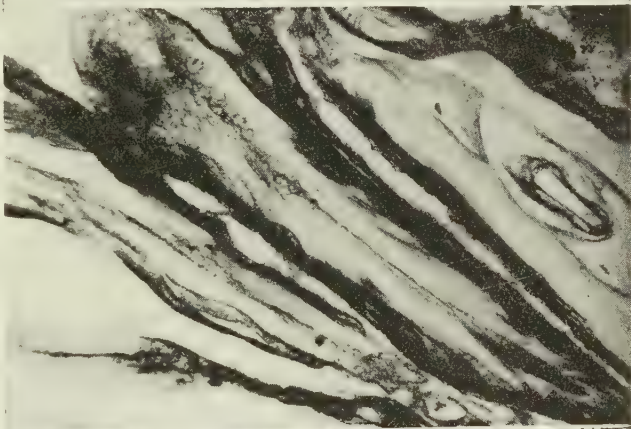
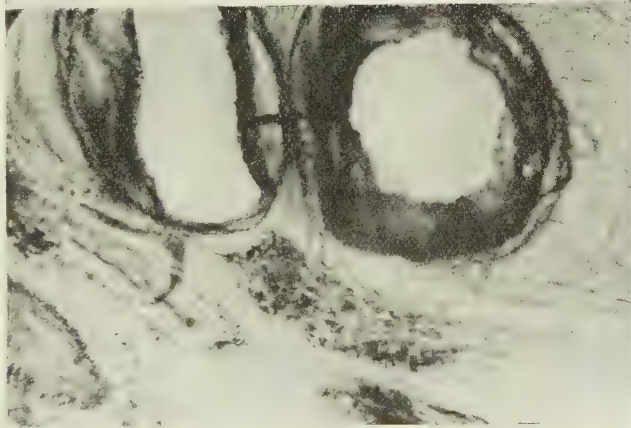


FIG. 9.
(Obs. n° 9.)

Émail à disposition circulaire « en couronne », entouré de dentine, avec quelques plages de tissu cémentoïde.



conjonctif très œdémateux, dont les cellules présentent l'aspect d'un tissu pulpaire, mais la vascularisation est assez peu importante; en périphérie de certaines formations existent des cellules allongées, fusiformes, que l'on peut assimiler ici à des odontoblastes.

Ces faits traduisent donc l'existence d'un adamantinome solide identifié, avec éléments conjonctifs du type pulpaire et même différenciation odontoblastique.

OBSERVATION N° 9. — M. G. T..., 23 ans $\frac{1}{2}$, est adressé pour un volumineux adamantinome solide identifié de la 1^{re} molaire inférieure droite. Cette lésion n'a été découverte que depuis une dizaine de jours, à l'occasion de douleurs pulsatiles intenses, entraînant de l'insomnie.

L'examen permet de noter l'absence des 1^{re} et 2^e molaires inférieures droites (jamais d'extractions antérieures) et, à ce niveau, la muqueuse rouge, tuméfiée, présente une fistule laissant sourdre du pus. L'exploration au stylet conduit sur une substance dure, osseuse. Les rebords alvéolaires, les 2 tables osseuses du maxillaire sont épaissies et douloureux à la palpation.

Une radiographie montre une volumineuse masse biloculaire, en arrière de la 2^e prémolaire, nettement séparée d'une molaire située en position horizontale, au contact du bord basilaire. Sur des films occlusaux, cette masse soufle les 2 tables externes et internes, mais adhère ni à l'une ni à l'autre.

Après un examen général complet négatif, l'intervention est pratiquée le 26 juin 1950, sous anesthésie locale. La masse est facilement énucléée après résection de la table externe; la molaire est laissée en place, pour éviter une fracture de la mandibule.

Les suites opératoires sont excellentes.

Les radiographies pratiquées par la suite montrent que la molaire évolue normalement et se place sur l'arcade.

L'examen de la pièce anatomique permet de noter la présence de tissu dentaire bien différencié.

En janvier 1952, l'état est excellent.

OBSERVATION N° 10 (publiée in *Revue de Stomatologie*, 1952, 53, n° 11-12, 885-895). — G...L., 10 ans, a subi en vain plusieurs interventions successives pour une « tumeur du maxillaire inférieur gauche », développée progressivement, sans aucun symptôme.

L'examen clinique permet de noter une tuméfaction siégeant à la partie postérieure de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, juste en avant de l'angle.

Les radiographies montrent une masse à contours irréguliers de 3 centimètres sur 2 centimètres, d'opacité variable, avec des ombres rappelant par endroits des petites dents naines. Cette masse déborde en haut le bord alvéolaire et en bas atteint la région basilaire. En arrière, elle s'encastre sous la 1^{re} molaire, qui est en version mésiale (ses apex sont à peine fermés). En avant, elle touche au germe de la 1^{re} prémolaire et de la canine, dont les racines ne sont pas formées.

La corticale externe semble détruite, seule la corticale interne présente une épaisseur de 2 millimètres.

L'intervention est pratiquée avec une préparation par injection de scopolamine-morphine; après résection de la table externe de la prémolaire à la 1^{re} molaire, l'adamantinome est morcelé avec une pince coupante. Avec beaucoup de difficultés, il est enlevé sans fracture du maxillaire, ni lésion du nerf dentaire.

L'exploration des parois de la cavité osseuse montre, à la périphérie, toute une série de petits diverticules, dans lesquels s'encastrent des racines de dents naines, hérissant tout le pourtour de la masse qui avait le volume d'une grosse noix.

Suites opératoires excellentes.

Une radiographie de contrôle confirme qu'il ne reste aucun débris.

FIG. 10.
(Obs. n° 10.)

Image de résorption
de dentine
en lumière polari-
sée.

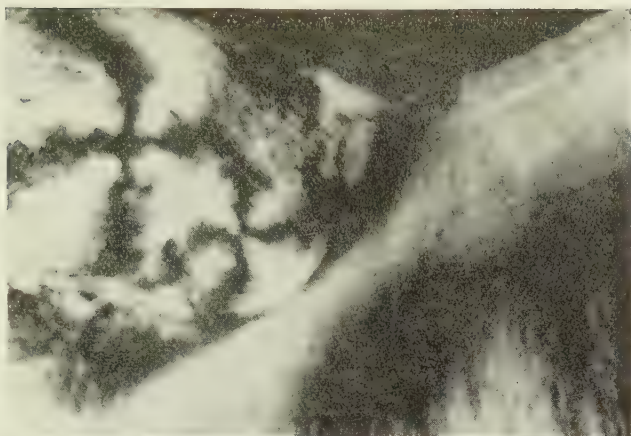


FIG. 11.
(Obs. n° 10.)

Coupe décalcifiée.
Image de résorption
de dentine
au contact du
tissu osseux,
expliquant la
soudure os-ada-
mantinome soli-
de dentifié.

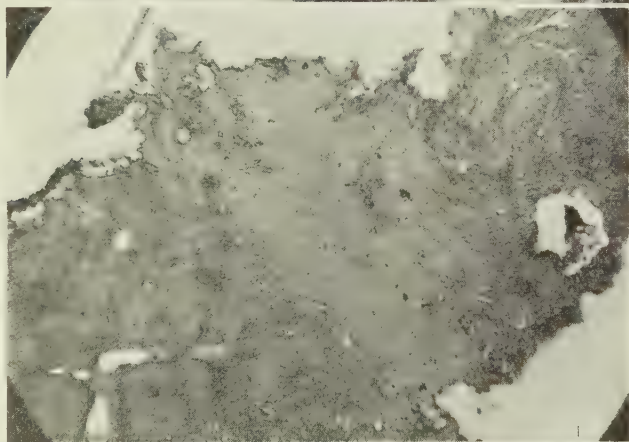
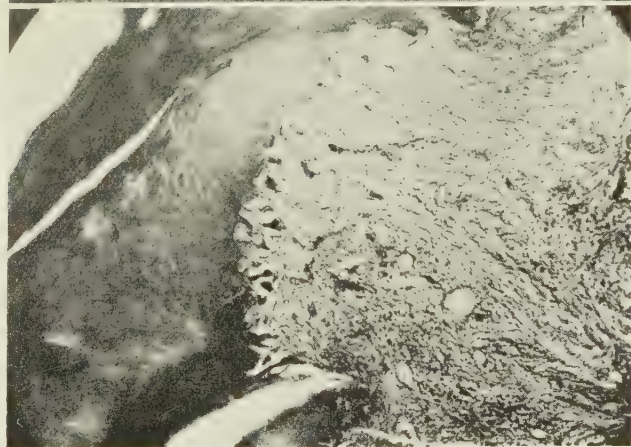


FIG. 12.
(Obs. n° 10.)

Image de résorption
de l'émail au
contact d'un tissu
de granulation
dans la paroi
d'une poche kys-
tique.



L'examen histologique confirme le diagnostic d'adamantinome solide dentifié, en mettant en évidence la présence d'émail, de dentine, de pulpe et de ciment.

Trois mois après l'intervention, la 1^{re} prémolaire inférieure gauche a fait son éruption; la déformation du visage est à peine perceptible. Une radiographie montre que tout va bien.

OBSERVATION N° 11 (publiée in *Revue de Stomatologie*, 1951, 52, n° 5-6, 289-295). — M. R..., 37 ans, se présente à la consultation de la Pitié le 20 septembre 1950. Il nous dit avoir consulté un confrère qui a diagnostiqué un kyste du maxillaire supérieur et proposé l'avulsion des incisives et de la canine supérieure droite. Alarmé par ce sacrifice dentaire important, il vient demander un avis. Il a présenté antérieurement des accidents inflammatoires et, à l'examen, on peut s'assurer de l'état parfait de la denture, sans carie, avec un articulé parfait. Les incisives et canine supérieures droites, en particulier, réagissent normalement aux agents thermiques. Mais la région alvéolaire supérieure droite est augmentée de volume, depuis la ligne médiane jusqu'à la 1^{re} prémolaire; la fosse canine est comblée; sur la muqueuse légèrement congestionnée s'ouvre, entre canine et incisive latérale, près du collet, une fistule. Aucune saillie palatine. La palpation, légèrement douloureuse, révèle une consistance dure, osseuse. La radiographie que nous donne le malade ne laisse aucun doute : elle montre une image radio-claire de 1,5 cm de diamètre environ, couvrant les apex des incisives et de la canine supérieures droites : les apex de la canine et de l'incisive latérale semblent avoir été écartés l'un de l'autre. Le contour de l'image est assez limité, séparé par une mince cloison osseuse du sinus et du plancher des fosses nasales. L'image radio-claire s'insinue entre canine et latérale jusqu'au collet de ces dents. A ce niveau se projette un nodule ayant la même opacité que les dents, du volume d'un grain de blé. L'intervention par voie vestibulaire permet l'énucléation du kyste, après résection du 1/3 supérieur de la racine de l'incisive latérale. On trouve alors, dans le fond de la cavité, le petit nodule, visible à la radiographie : il s'agit d'un petit nodule dentinaire.

L'examen histologique de la paroi kystique a été pratiqué par le Dr Duperrat, qui nous a répondu : « bourgeon granulomateux bénin ».

Suites opératoires normales.

La présence d'un nodule dentaire permet de discuter :

— un kyste de la région incisive-canine, avec dent vivante;

— ou un adamantinome solide dentifié, avec lésion inflammatoire de la poche kystique.

Les résultats de l'examen histologique de cette formation dentaire, parvenus après la publication de cette observation, permettent de rectifier le diagnostic. Cet examen, mettant en évidence la présence d'émail, de dentine, de ciment et de tissu pulpaire, impose le diagnostic d'adamantinome solide dentifié, avec lésion inflammatoire au niveau de la paroi de la poche kystique.

OBSERVATION N° 12. — D... Claude, âgé de 17 ans, consulte pour absence de G1. Une radiographie souligne la convergence des axes de D1 et G2 et montre, à côté de G1 incluse, 3 odontoïdes ne présentant pas de sac péricoronaire commun et séparés entre eux par du tissu osseux.

Les 2 odontoïdes situés à droite et à gauche sont extraits par voie palatine.

L'odontoïde central est enlevé par voie vestibulaire; G1 est laissée en place.

Suites opératoires excellentes.

Examen anatomopathologique : les radiographies des pièces opératoires mettent en évidence, au niveau de ces odontoïdes, 2 *dens in dente* caractéristiques, que confirme l'examen histologique.

OBSERVATION N° 13. — G... Abdelkader, âgé de 29 ans, consulte pour intervention sur G1 incluse (en vue de la pose d'une prothèse).

Il persiste la centrale temporaire sur l'arcade. Cette dent mobile, douloureuse à la pression, ne répond pas aux agents thermiques.

Une radiographie met en évidence un adamantinome solide dentifié, de contours irréguliers, immédiatement au contact de la couronne de la centrale, non adhérent à elle, siégeant sous le cingulum.

Le 18 février 1953 : intervention : incision palatine, décollement de la muqueuse, qui permet d'enlever 3 petits nodules dentaires reconverts d'émail; une incision vestibulaire permet l'extraction de la dent après fracture de la couronne.

Suites opératoires excellentes.

L'examen histologique permet de noter :

1° au niveau des nodules dentaires, la présence d'émail, de dentine, de cément;

2° au niveau de la paroi kystique, un tissu conjonctif fibreux, lamellaire, renfermant de petits amas de cellules épithéliales, allongées, fusiformes, de type adamantin, sans cellules, de la gelée, de l'émail. Cette paroi renferme de plus quelques petits nodules calcifiés.

OBSERVATION N° 14. — T... Jacques, âgé de 11 ans, adressé le 5 novembre 1954 pour infection apicale de la centrale supérieure gauche.

Une radiographie met en évidence un adamantinome solide dentifié, siégeant au niveau de la latérale supérieure gauche, immédiatement au contact de la couronne,



FIG. 13.

FIG. 13. — (Obs. n° 12.) Radiographie intrabuccale pratiquée pour absence de G1 et mettant en évidence 3 formations dentaires incluses.

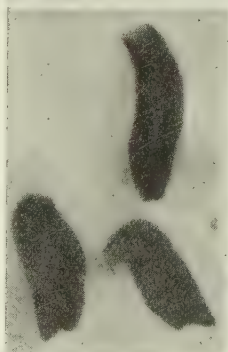


FIG. 14.

FIG. 14. (Obs. n° 12.) Radiographie de la pièce opératoire, mettant en évidence 2 dens in dente à côté d'un odontoïde.

nettement séparé par un os normal du rebord alvéolaire. Cet adamantinome semble développé dans le sac péri coronaire de G2; il est indépendant de la canine. G2 fracturée persiste.

En décembre 1954, cet adamantinome est enlevé par voie palatine.

Suites opératoires excellentes. Un traitement orthodontique est entrepris pour conserver le diastème au niveau de G2. La dent fait son évolution.



FIG. 15. — (Obs. n° 13.) Adamantinome solide dentifié, empêchant l'évolution de G1, persistance de la dent temporaire.

Examen histologique : seul le sac péri coronaire est examiné. Il est constitué par un tissu conjonctif morcelé, dissocié, renfermant des cellules adamantiniennes, disposées en amas ou formant des ébauches de cavités kystiques. Au sein de ces amas existent, soit des calcifications, soit des productions d'émail avec une trame organique parfaitement identifiable. De place en place existent, de plus, des amas de dentine et des nodules calcifiés de type cémentoïde. Enfin, en certains points, le tissu conjonctif prend le type pulpaire.

FIG. 16. — (Obs. n° 13.) Coupe décalcifiée, mettant en évidence le tissu pulpaire, la dentine, irrégulièrement disposée et la substance organique de l'émail.

FIG. 17. — (Obs. n° 13.) Tissu conjonctif fibreux de la « paroi » renfermant des amas de cellules adamantines.

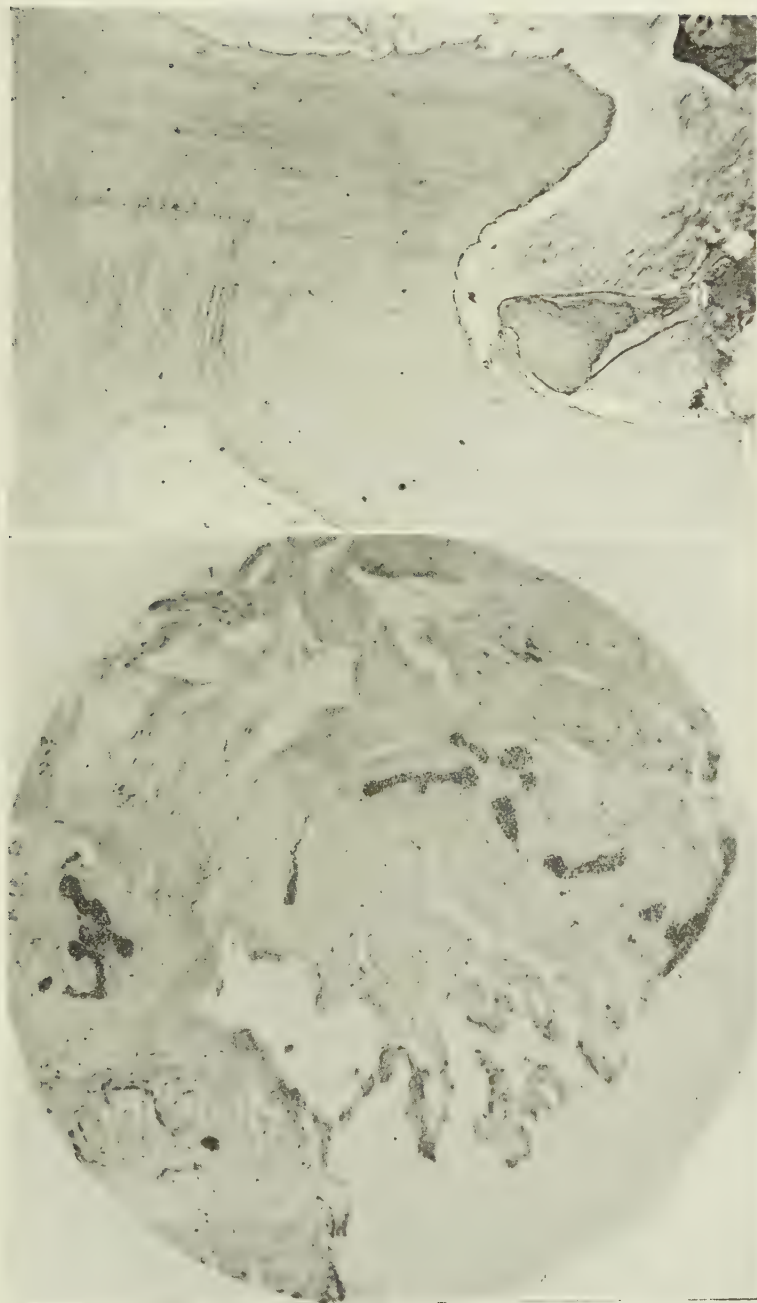


FIG. 16 (*en haut*); FIG. 17 (*en bas*).



FIG. 18. — (Obs. n° 15.) Radiographie du 25 avril 1955. Adamantinome solide dentifié, formant une masse unique, entouré d'une poche kystique nettement séparée de D7.

FIG. 19. — (Obs. n° 15.) Radiographie, 1 an après l'intervention, d7 en évolution.

En résumé donc, dans la paroi de ce kyste existent tous les éléments du tissu dentaire, mature, émail, dentine, grains calcifiés, pulpe et des éléments adamantins immatures.

OBSERVATION N° 15. — M^{lle} D..., 10 ans, se présente à la consultation, car une téléradiographie pratiquée avant traitement orthodontique met en évidence, au-dessus de la couronne de la 2^e molaire inférieure droite, un kyste péri coronaire et un adamantinome solide dentifié.

L'examen du 25 avril 1955 est à peu près négatif; on ne note qu'un très léger épaissement de l'os, en arrière de la 1^{re} molaire inférieure droite. Une radiographie montre, sur un film intrabuccal, la couronne de la 2^e molaire plus profondément située

FIG. 20.

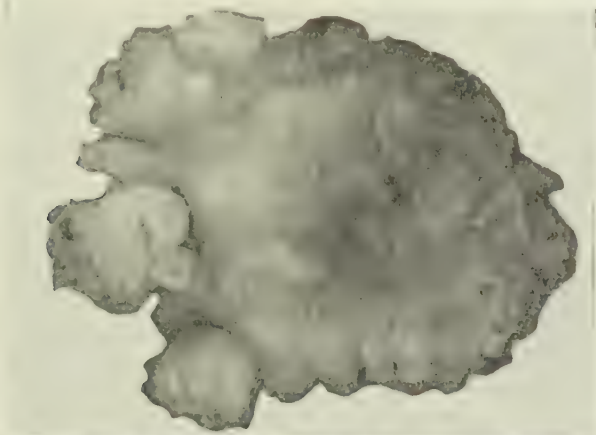


FIG. 21.

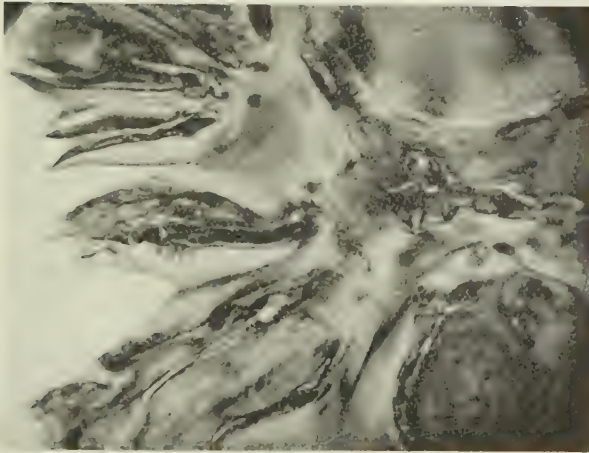


FIG. 20. — (Obs. n° 15.) Photographie de la masse dure de la pièce opératoire. De petites saillies correspondent à des ébauches dentaires.

FIG. 21. — (Obs. n° 15.) Coupe par usure de la pièce précédente. A côté d'une disposition anarchique, il existe une nette tendance à la formation d'organes différenciés, accolés par de l'émail et renfermant une dentine à structure canaliculaire bien visible.

que son homologue gauche. Les racines de ces molaires ne sont pas complètement calcifiées. Au-dessus de la couronne de cette dent, un kyste corono-dentaire, séparé de la cavité buccale par une mince paroi osseuse. A son intérieur existent des masses plus radio-opaques que le tissu osseux, prenant l'aspect « dentaire ».

Le 2 mai, sous nargéol et anesthésie locale, énucléation du kyste et de l'adamanti-

nome, sans toucher à la dent. Cette dernière fait son évolution normalement, comme en témoignent les radiographies pratiquées 1 et 2 ans après.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'adamantinome solide dentifié, en mettant en évidence la présence d'émail de dentine et de pulpe, entremêlés arbitrairement au centre, sans ordination précise, tendant cependant en périphérie à former des dents caricaturales.

La paroi est constituée par un tissu fibreux, tapissé sur son versant interne par un épithélium adamantin (cellules adamantines et cellules de la gelée de l'émail) et renfermant, en plus des petits amas épithéliaux adamantins caractéristiques. Il existe, par ailleurs, dans cette paroi, de véritables formations pulpaire, avec différenciation odontoblastique.

Il s'agit donc là d'adamantinome solide dentifié, avec améloblastome dans la paroi. Le potentiel évolutif de ce dernier, impossible à préciser, impose une surveillance de la jeune opérée.

OBSERVATION N° 16. — T... Jeanine, âgée de 21 ans, vient consulter pour image radiologique périapicale de D1 découverte lors d'un examen systématique, en 1949. Vers 9 ans, a été consulter son dentiste pour une vestibulo-version très accentuée de D1, qui se serait redressée spontanément. Il y a 5 ans, quelques douleurs fugaces, sans type spécial au niveau de D1. Actuellement, pas de symptômes fonctionnels, légère tuméfaction de la grosseur d'un petit pois, faisant partie de l'os, non douloureuse au niveau de D1; D1 est solide et vivante, D2 mortifiée.

Les radiographies montrent, au niveau du septum D1-D2, la présence de nodules dentaires en position palatine, avec image kystique. Le canal de D2 est libre, mais il existe à l'apex un petit foyer de décalcification, avec élargissement du ligament. La comparaison avec les examens radiographiques pratiqués antérieurement permet de noter une augmentation de volume du kyste.

Le 3 juillet 1956, intervention, sous nargéol, par voie palatine, la radiographie ayant précisé le siège palatin de la masse. Après ablation d'un opercule osseux très mince, on énuclée facilement une masse dentinaire irrégulière, du volume d'un noyau de cerise. On excise également quelques débris du sac péri coronaire. Après ablation, on se rend compte qu'il existe une poche osseuse à paroi lisse, du volume d'une noisette. Remise en place du lambeau. Suites opératoires excellentes : G1 et G2 réagissent normalement; la plaie se cicatrise normalement.

Examen histologique : sur coupes minéralogiques, l'examen confirme le diagnostic d'adamantinome solide dentifié et met en évidence de l'émail, de la dentine et du ciment. L'émail, peu abondant, présente une minéralisation assez faible; la dentine a une structure canaliculaire assez régulière et est disposée autour de cavités pulpaire, en périphérie; elle est profondément remaniée au contact d'une prolifération importante de ciment cellulaire. D'autre part, l'examen de la poche kystique permet de noter, au sein du tissu conjonctif fibreux, lamellaire, une formation calcifiée, nodulaire. Beaucoup plus intéressante est la présence de cellules adamantiniennes, situées en amas, au sein de la poche. Ces faits traduisent l'existence d'un adamantinome ou améloblastome kystique associé à une lésion solide dentifiée.

FIG. 22. — (Obs. n° 15.) Paroi kystique adamantinienne typique, avec adamantoblastes et cellules de la gelée de l'émail.

FIG. 23. — (Obs. n° 15.) Différenciation pulpaire du conjonctif et formation d'ébauches dentaires.

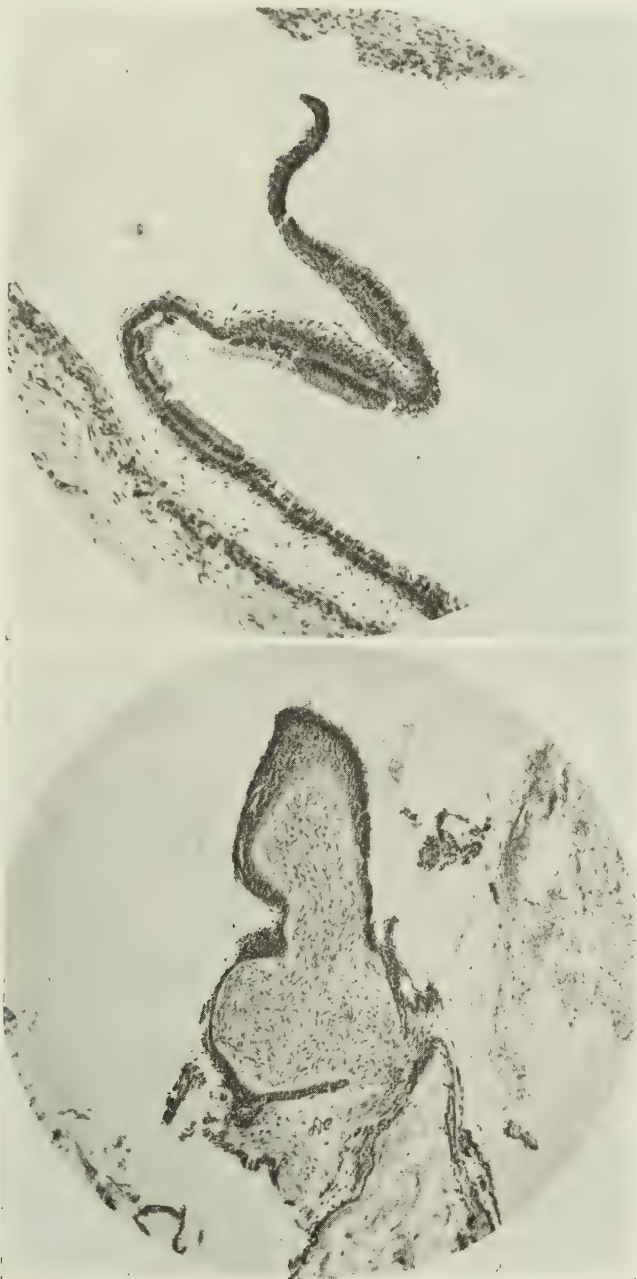


FIG. 22 (en haut); FIG. 23 (en bas).

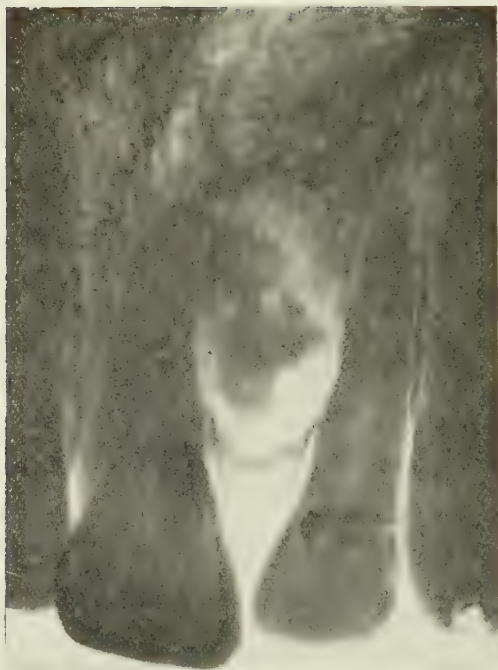


FIG. 24. — (Obs. n° 16.)
Adamantinome solide identifié
dans une poche kystique.

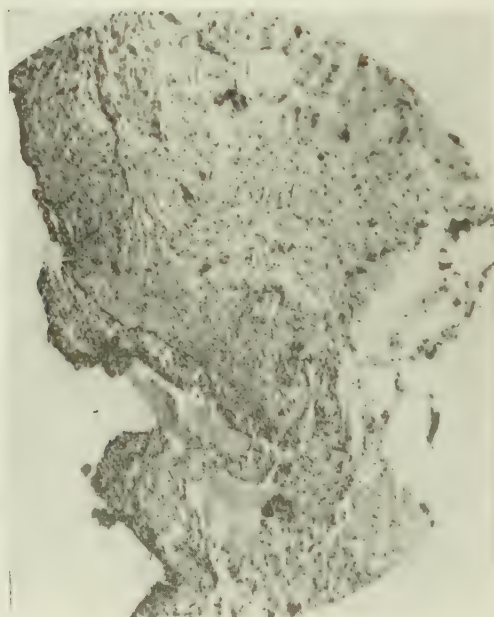


FIG. 25. — (Obs. n° 16.)
Paroi de la poche kystique avec
épithélium adamantin.

OBSERVATION n° 17. — M^{lle} P..., 16 ans, vient consulter le D^r Cauhépé, le 2 mai 1956, pour une malformation de D3, traitée sans succès depuis 3 ans.

Le D^r Cauhépé demande une radiographie de cette région, ainsi qu'une radiographie de la région canine inférieure, car la canine n'est pas en place sur l'arcade. Cette dernière révèle, à notre grande surprise : la canine horizontale dans la région basilaire, la couronne en avant, entourée d'un kyste péri-coronaire, un adamantinome solide dentifié, affleurant le bord alvéolaire entre g4 et g2.

Nous décidons l'intervention, en prévenant les parents de la possibilité d'une fracture, de la section du nerf mentonnier et de l'extraction de g4. Cette intervention est pratiquée le 21 décembre 1956, sous nargéol et anesthésie tronculaire. Intervention difficile, qui oblige à extraire g4, met à nu l'apex de g5 et sectionne le nerf dentaire. Suites opératoires assez douloureuses.

Examen histologique : les fragments examinés sont essentiellement constitués par un tissu conjonctif présentant, par places, un aspect fibreux, en d'autres points, un aspect œdémateux, avec, en périphérie, quelques lamelles osseuses en voie de destruction. Il existe de plus, au sein de cette prolifération conjonctive, de petites formations constituées de cellules épithéliales peu nombreuses (5 ou 6), groupées en amas correspondant à ce qu'il est classique de décrire sous le nom de débris épithéliaux de Malassez. En certains points, au contact de la paroi, existent quelques petites travées épithéliales, témoignant de la présence d'un kyste bordé par des cellules cylindriques. Il est intéressant de noter ici la présence de cellules épithéliales qui correspondent à des débris très probablement en voie de régression, mais il est assez difficile de parler sur si peu d'éléments d'une prolifération de type adamantin. Les pièces décalcifiées mettent en évidence la présence d'émail, de pulpe, de dentine et de ciment.

OBSERVATION n° 18. — M^{lle} A... C., 10 ans, nous est confiée pour avis. Elle a consulté un stomatologiste qui conseille l'intervention immédiate, pour un adamantinome solide dentifié, volumineux, de la région molaire supérieure gauche. Le diagnostic a été fait à l'occasion d'une radiographie prise pour rechercher des dents n'ayant pas fait leur évolution.

En accord avec le D^r Cauhépé, nous conseillons de surseoir, pendant 4 ans, avec surveillance tous les 5 ou 6 mois. En effet, l'ablation de l'adamantinome qui est volumineux, risquerait de détruire la région ptérygo-maxillaire, qui est une région d'accroissement.

OBSERVATION n° 19 (publiée dans la *Revue de Stomatologie*, 57, n° 9, 525-531, obs. n° 2, FREZIÈRES, DUBRUILLE, PAYEN). — Un malade de 48 ans consulte pour une mauvaise tenue de sa prothèse mobile du maxillaire inférieur; il a présenté, 6 mois auparavant, une cellulite pérимандibulaire de la même région. Actuellement, 3 petites fistules persistent et il existe une volumineuse tuméfaction comblant le vestibule inférieur de la région molaire gauche. La radiographie révèle une canine inférieure incluse et une série de corps opaques aux rayons X, donnant l'aspect classique d'un adamantinome solide dentifié. Ces formations dentaires sont énucléées sous anesthésie loco-régionale; elles sont constituées par 3 formations, l'une plus volumineuse et 2 autres présentant l'aspect d'odontoïdes. Ces pièces soumises à l'examen sont en effet constituées par 3 formations : une présentant l'aspect classique d'un adamantinome solide dentifié, avec 4 formations d'odontoïdes juxtaposées, soudées ensemble par une masse importante de ciment, une autre formation odontoïde présente une anomalie avec une perle d'émail et participation de dentine, l'autre est un odontoïde présentant quelques défauts de minéralisation assez réguliers.

La juxtaposition de ces 3 lésions : adamantinome solide dentifié, dent surnumé-

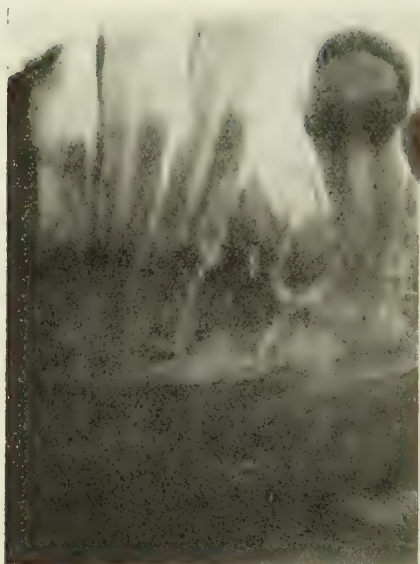


FIG. 26. — (Obs. n° 17.) Plusieurs petits nodules, au contact d'une canine incluse. Il existe une véritable parakystique renfermant, à l'examen histologique, de petits amas de cellules adamantines

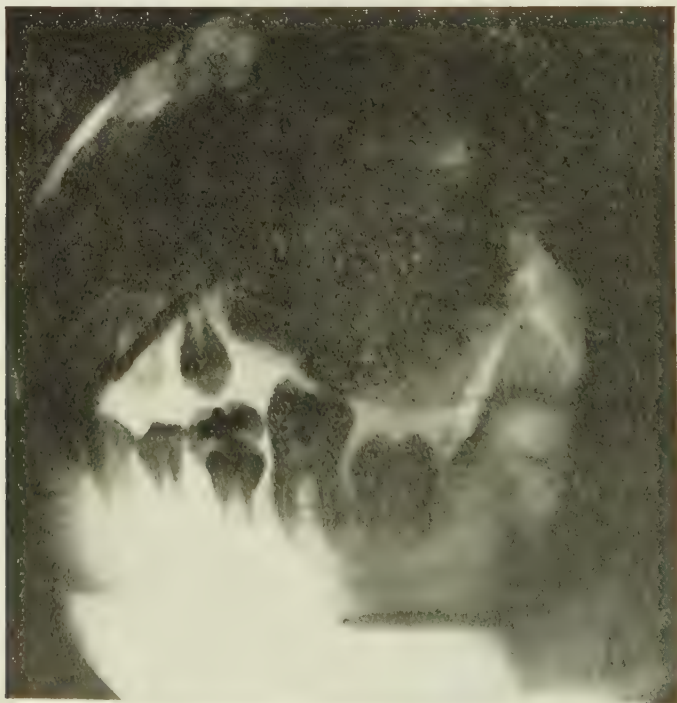


FIG. 27. — (Obs. n° 18.) Volumineux adamantinome de la région molaire supérieure gauche, chez un enfant de 10 ans. L'ablation de la lésion risquerait de détruire la région ptérygo-maxillaire, qui est une zone d'accroissement.

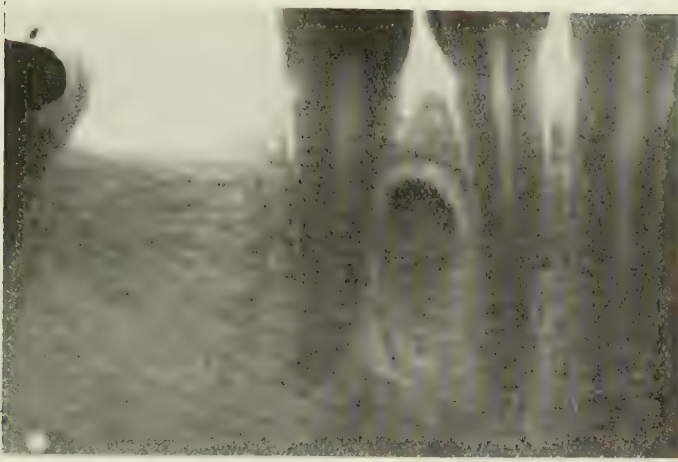


Fig. 28. — (Obs. n° 21.) Odontoïde avec sac péricoronaire entre g4 et g5.



Fig. 29.
(Obs. n° 21.)

Odontoïde avec deux
invaginations
d'émail.

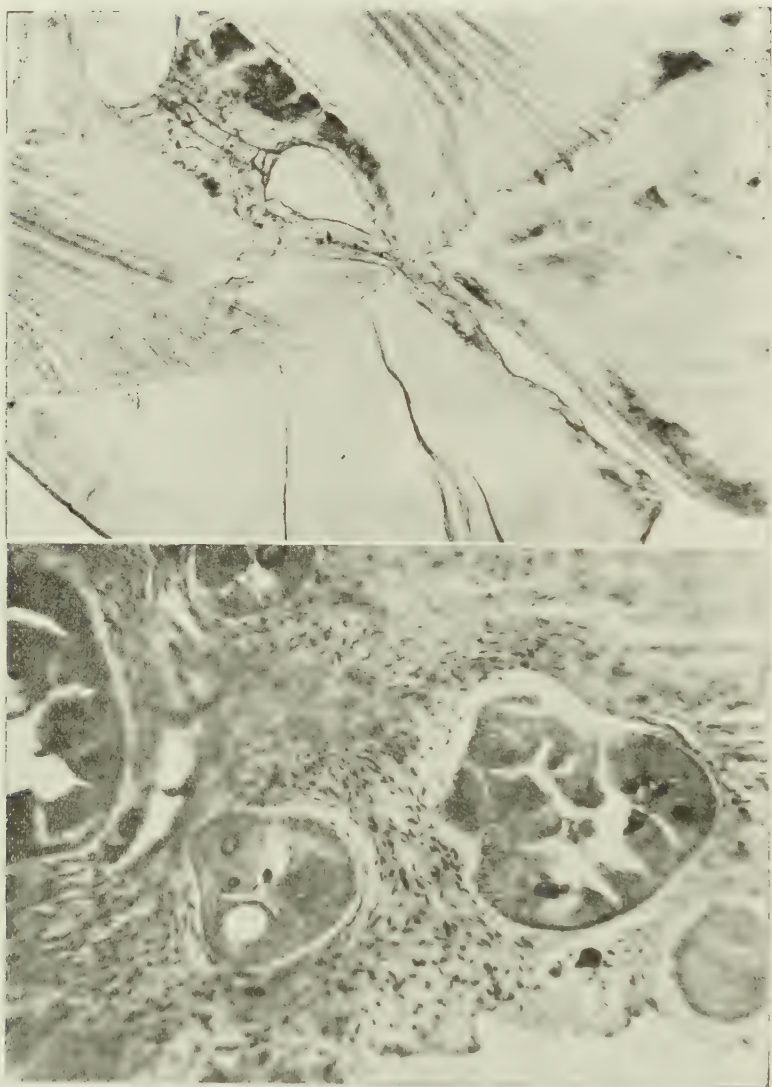


FIG. 30 (*en haut*). (Obs. n° 21.) Invagination d'émail à un grossissement plus important.

FIG. 31 (*en bas*). (Obs. n° 21.) Sac péricoronaire renfermant des nodules de tissus dentaires.

raire, odontoïde avec perle d'émail, témoigne bien de l'unité de ces lésions développées à partir d'un germe dentaire.

OBSERVATION N° 20. — Br. B... Jean, 9 ans $\frac{1}{2}$, présente une lésion découverte systématiquement avant un traitement orthodontique. Il existait en effet une vestibuloposition de G1 et G2 et la radiographie a montré 2 petites formations nettement séparées, siégeant au niveau du collet de la dent. A l'intervention, ces petites formations se sont révélées être situées dans une cavité kystique, avec une sorte de sac et, histologiquement, ces formations étaient constituées par de l'émail, de la dentine et du tissu pulpaire et, dans la paroi du sac, il existait des formations adamantinoïdes tout à fait caractéristiques, avec des cellules étoilées au contact de cellules cylindriques.

OBSERVATION N° 21. — M. André N..., âgé de 28 ans, vient consulter pour une petite formation dentaire située entre g5 et g4. Cette formation indolente a été découverte lors d'un examen systématique pratiqué avant la pose d'une prothèse dentaire.

L'examen radiographique met en évidence un petit odontoïde entouré d'un sac péricoronaire.

L'intervention pratiquée sous anesthésie tronculaire plus locale permet d'énucléer la formation dentaire et un petit fragment de tissu conjonctif appartenant probablement à une poche kystique.

L'examen histologique confirme la nature dentaire de cette formation solide mais, au niveau de la partie coronaire existent deux invaginations de l'émail qui pénètrent dans la dentine jusqu'au voisinage de la pulpe. Il s'agit donc d'une ébauche de *dens-in-dente* double.

Le fragment de tissu non minéralisé, est constitué par un tissu conjonctif fibreux très riche en collagène renfermant plusieurs formations nodulaires à disposition concentrique. Dans ces nodules existent de l'émail et de la dentine. Il n'existe pas de cellules adamantiniennes malgré de multiples coupes pratiquées.

Cette paroi de poche kystique traduit donc une évolution ou une régression fibreuse de la paroi avec disparition des cellules adamantiniennes. Seuls persistent les nodules dentaires.

En reprenant les textes de plusieurs auteurs, on se rend compte du nombre important de vocables utilisés pour définir ces productions tumorales, constituées de tissus dentaires. Ils essayent tous de traduire une origine différente ou une potentialité évolutive particulière. Devant la multiplicité des noms et devant la simplicité morphologique, il est permis de se demander s'il ne s'agit pas simplement de variétés un peu particulières ou de stades évolutifs différents d'un même processus.

Sans revenir sur l'historique de telles lésions, il est important de préciser que les premiers, Chibret et Broca, ont insisté sur l'unicité des odontomes embryoplastiques ou épithéliomas adamantins avec les odontomes odontoplastiques, encore appelés odontomes ou adamantinomes solides dentifiés.

Pour Broca notamment, toutes ces tumeurs résultent d'une hypergenèse, c'est-à-dire « d'un excès de développement » d'un ou de plusieurs follicules dentaires.

NOM	ÂGE	LOCALISATION	CIRCONSTANCES D'APPARITION	MALEFORMATIONS ASSOCIÉES	RAPPORTS TISSUS VOISINS DENT-OS
M. D. 1	55	région canine supérieure gauche	douleurs, élimi- nation, formation dent sous proth. désinclusion	canine incluse bilatérale	séparés suppuration
M ^{me} V. H. 2	40	prémolaire supér. gauche	douleurs accidents périapicaux	canine incluse G2 naïve G4-G5 malformat. radic.	séparés
M ^{me} D. 3	50	g5 maxillaire inf. gauche, région prémolaire	gène port proth. douleurs suppuration désinclusion	prémolaire — molaire incluse	adhérence intime
M ^{me} D. R. 4	25	molaire inférieure	désinclusion	0	séparés
M. N. 5	8	D4	connu depuis âge 4 ans défaut évol. D4 poussée exsudat.	0	séparés
M ^{lle} M. 6	8a	G1	diastème interincisif	malposition G2-G3 conoïdes	séparés
M. H. 7	23	d3	0	canine incluse	séparés
M. B. G. 8	8	maxillaire inférieur droit	douleurs sans suppuration	1 ^{re} molaire incluse	séparés
M. G. T. 9	23	maxillaire inférieur droit	douleur intense suppuration désinclusion	absence d6-d7	séparés
M. L. G. 10	9	maxillaire inférieur gauche g5	3 interventions successives suppuration	rotation g5-g6	adhérents
M. R. 11	37	maxillaire sup. D2	accident inflammatoire D2 désinclusion	0	séparés kyste suppuré
M. D. G. 12	17	G1	absence de G1	0	3 odontoïdes séparés entre eux séparés du tissu osseux
M. G. A. 13	29	G1	absence G1 persistante examen avant prothèse	0	séparé de l'os et de G1
M. T. J. 14	11	G2	infection apicale G1	0	séparé de l'os et de la dent

MACROSCOPIE			MICROSCOPIE	
Unique	Multiples	ASPECT	Kyste	Tissu dentaire
petits	5 inégaux	nodules dentoïdes (coronaires)	cellules étoilées boyaux adamantins	tissus dentaires
	2 petits	nodules dentoïdes coronaires		
1 noix		irréguliers coronaires		
	plusieurs	nodules dentaires		
	plusieurs	petits nodules dans cavité kystique	sarcome fuso-cellulaire	
petits	plusieurs	apex G1 petits nodules		
petits	plusieurs	petits nodules conoïdes		
1 gros		coiffant couronne	éléments conjonctifs tissu pulpaire	adamantinome dentifié
1 gros		coiffant couronne		
1 volumineux		irrégulier synostose os adamantin	pas de kyste	
1 petit nodule		nodule, apex dentine	kyste sans tissus épithélial poussée inflammatoire	
	3	3 odontoïdes		<i>dens in dente</i>
	3	nodules coronaires	kystes fibreux cellules adamantines	tissus dentaires
		nodule coronaire	kyste fibreux éléments dentaires	

NOM	AGE	LOCALISATION	CIRCONSTANCES D'APPARITION	MALFORMATIONS ASSOCIÉES	RAPPORTS TISSUS VOISINS DENT-OS
M ^{lle} D. 15	10	d7	découverte examen systématique	0	séparé os et dent
M. T. 16	20	D1	décelé examen systématique	0	séparé os et dent
M ^{lle} P. 17	16	D3	décelé examen systématique	canine incluse	séparés
M. A. C. 18	10	molaire supér. gauche	retard d'éruption	absence G5, G6, G7	séparé
M. V. 19	48	g6	suppuration sous prothèse	canine incluse	séparé
M. B. J. 20	9 $\frac{1}{2}$	G1, G2	découverte trait. orthodontique	vestibulo-posit. et G1, G2	séparé
M. N. A. 21	28	G4, G5	découverte ex. systémat.	0	séparé

Mais, rapidement, on se rendit compte que cette hypergenèse pouvait produire des tissus de type embryonnaire, gardant donc une potentialité évolutive, qui furent dénommés adamantinomes (tumeur à développement illimité) ou, au contraire, des tissus dentaires bien différenciés, avec émail, dentine, pulpe, cément, ayant épuisé leur potentialité évolutive qui furent dénommés adamantinomes solides dentifiés.

Cette distinction un peu schématique tend à créer une limite nette entre ces 2 types d'améloblastomes. Les signes cliniques et radiologiques sont certes très différents, mais l'examen des pièces opératoires permet de noter des formes de passage assez nombreuses. Et il n'est pas exceptionnel de rencontrer dans des améloblastomes ostéolytiques ou kystiques la présence d'une dent surnuméraire, et ces tumeurs produisent même de l'émail à l'état isolé. De même, en périphérie des tumeurs dentifiées, il existe souvent une véritable poche kystique, dans laquelle l'examen histologique révèle la structure d'un améloblastome typique.

MACROSCOPIE			MICROSCOPIE	
Unique	Multiples	ASPECT	Kyste	Tissu dentaire
1 volumineux		masse coronaire	améloblastome kyste	tissus dentaires
1 volumineux		masse	sac adamantinome + boyaux adamantins	tissus dentaires
	3	3 nodules entre latérale et prémol. apex	tissu fibreux + cellules adamantins	tissus dentaires
1 gros	intervention différée sous surveillance pour attendre la fin du développement complet du maxillaire			
3 formes séparées	1 odontoïde 1 odontoïde + perle d'émail 1 masse			tissus dentaires juxtaposés
2 formes séparées	2 petits nodules dentaires au niveau du collet		sac épithélium adamantin	2 nodules dentaires
1 petit		odontoïde	paroi fibreuse avec nodules dentaires	odontoïde

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Ces tumeurs, liées à la formation des dents, s'observent souvent dans le jeune âge, mais il n'est pas exceptionnel de les voir demeurer latentes et se manifester seulement à l'âge adulte.

Les signes qui amènent à consulter sont de ce fait variables.

1° Chez les *sujets jeunes*, ce peut être une malformation, une malposition, un retard d'éruption ou même l'absence d'une dent, un diastème un peu important; les accidents inflammatoires sont plus rares. Il arrive même que la tumeur soit découverte seulement par une radiographie, à l'occasion d'un examen orthodontique.

2° Par contre, à l'*âge adulte*, c'est en règle générale au cours de phénomènes inflammatoires, parfois douloureux, que la tumeur est

découverte : soit élimination « d'autres dents » après une extraction, soit accident de « désinclusion » sous une prothèse par exemple. Enfin, dans certaines observations, l'existence de la tumeur était connue depuis longtemps, mais restait latente et n'entraînait aucun trouble fonctionnel.

L'examen clinique

L'examen clinique donne des renseignements essentiellement variables, suivant le volume de la tumeur.

Les volumineuses tumeurs peuvent déterminer une soufflure de la table externe, de la table interne ou même des 2 tables, alors que les petites tumeurs ne peuvent se révéler que par des signes d'accompagnement, ceux qui ont amené le malade à consulter.

Lorsqu'il y a suppuration, l'exploration au stylet permet de noter la présence d'un corps dur qui présente une consistance particulière, avec parfois un son caractéristique bien différent de celui du tissu osseux.

Mais tous ces signes inconstants, appartenant également à d'autres lésions maxillaires, sont le plus souvent insuffisants pour poser le diagnostic qui ne peut être affirmé que par la radiographie.

CONSIDÉRATIONS RADIOGRAPHIQUES

L'examen radiographique permet une véritable étude anatomique *in vivo* de la tumeur, en précisant son volume, ses rapports avec le tissu osseux et les organes voisins.

Il met en évidence, en plein corps du maxillaire, une ou plusieurs masses d'opacité semblable à celle des dents, avec des zones plus blanches les unes que les autres. Le contour parfois irrégulier, la multiplicité des fragments, permettent de distinguer schématiquement 2 formes :

— L'une constituée par une masse assez volumineuse, unique, à contour souvent irrégulier, avec de nombreuses digitations pénétrant dans le tissu osseux. Cette masse est parfois nettement séparée de l'os, mais, dans certains cas, elle semble faire corps avec lui par une véritable intrication des éléments dentaires et osseux, réalisant l'image d'un puzzle;

— L'autre, constituée par des formations à contour assez régulier, ayant la forme d'une dent plus ou moins différenciée. Ces organes dentaires sont en nombre variable et peuvent, dans certaines observations, atteindre 50 ou même 100 (observation classique d'Hildebrandt). Ils sont le plus souvent assez nettement limités du tissu osseux, mais leur multiplicité explique les difficultés d'interprétation.

Certains caractères morphologiques peuvent être précisés par cet examen : il est ainsi facile de vérifier si la tumeur est en rapport avec une dent incluse ou si elle s'est développée à partir d'un germe dentaire.

Il est également indispensable de déterminer les rapports de la tumeur avec les zones d'accroissement des maxillaires ou de la face, car une intervention trop tôt exécutée pourrait déterminer, par la suite, des troubles de croissance plus graves que la lésion elle-même; mieux vaut, dans ces conditions, attendre pour opérer la fin de la croissance.

Enfin, les risques de fracture postopératoire peuvent être appréciés par la radiographie : soit qu'il existe un amincissement important des tables du maxillaire par le développement de la tumeur, soit qu'un processus d'ostéite ait entraîné une raréfaction osseuse étendue. Ainsi des appareils de contention pourront être prévus et construits avant l'acte opératoire.

Cependant, les difficultés opératoires ne sont pas toujours prévisibles par cet examen. Ceci tient essentiellement aux superpositions d'images difficilement décelables, malgré les incidences multiples, en présence d'une tumeur d'opacité variable, dont le contour est irrégulier. Parfois, malgré une apparence de limitation assez nette, l'intrication de l'adamantinome solide dentifié et de l'os est telle qu'elle oblige à des mutilations importantes.

De même, en présence de nodules dentaires particulièrement nombreux, un examen radiographique per- ou postopératoire est souvent indispensable pour vérifier si la tumeur a été enlevée en totalité. La multiplicité de ces nodules souvent superposés empêche en effet une numération exacte.

ÉTUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

Dans 13 observations de notre série, un examen complet des pièces opératoires a pu être effectué, c'est-à-dire que nous avons recherché systématiquement la présence d'une membrane périphérique au contact de l'adamantinome solide dentifié. Trois fois cette membrane n'existait pas et une soudure os-adamantinome était constituée, mais dans 10 cas nous avons pu extirper une véritable poche kystique avec la tumeur dentifiée. Dans ces 10 observations, la présence de cellules adamantiniennes, qui parfois formaient un germe dentaire, a été notée; dans 1 cas (obs. n° 5), il existait un sarcome fuso-cellulaire, et dans 1 autre cas (obs. n° 11), la suppuration avait modifié le tissu épithélial.

Dans 7 autres observations, le tissu périphérique, poche kystique ou tissu de granulation, n'a pas été soumis à l'examen histologique.

La fréquence avec laquelle les cellules adamantiniennes ont été retrouvées dans la « membrane périphérique » en souligne l'importance. Il est donc indispensable de la rechercher systématiquement et de l'étudier histologiquement, de même que les tissus dentaires.

Caractères macroscopiques

Les caractères macroscopiques ont été en grande partie précisés plus haut. Les éléments fournis par l'examen radiographique et les constatations peropératoires permettent de distinguer 2 formes d'adamantinome solide dentifié. L'une, constituée par des tissus dentaires, se trouvant immédiatement au contact du tissu osseux, sans interposition de tissu conjonctif ou épithélial, l'autre constituée par des tissus dentaires, nettement séparés du tissu osseux par un « tissu mou » et permettant une énucléation beaucoup plus facile.

L'examen histologique de la pièce opératoire doit donc porter à la fois sur ces 2 tissus différents. Ceci impose des difficultés techniques un peu plus grandes.

L'examen macroscopique des pièces anatomiques peut être complété par des radiographies de la pièce opératoire; elles permettent de plus de choisir l'incidence la meilleure pour pratiquer les coupes microscopiques au niveau des tissus durs.

Caractères microscopiques

Au niveau des tissus dentaires, il est indispensable de pratiquer des coupes par usure et des coupes après décalcification et inclusion, soit en celloïdine, soit en paraffine. Ces coupes devront être examinées en lumière ordinaire, au contraste de phase et en lumière polarisée. La superposition des ces diverses techniques est indispensable, car l'émail, substance fortement minéralisée, se trouve souvent détruit par le procédé de décalcification, ce qui pourrait être à l'origine d'erreurs d'interprétation. C'est ainsi que parfois des tumeurs dentaires sans présence d'émail ont été décrites.

Étude des formations dentaires

En utilisant les différentes méthodes, il est toujours possible de mettre en évidence, d'une manière *constante*, avec cependant d'importantes variations quantitatives, tous les tissus dentaires : émail, dentine, cément, pulpe.

1° Au niveau des formations tumorales uniques, il existe, dans certains cas, des tissus dentaires disposés d'une manière anarchique tout à fait irrégulière. Mais, dans de nombreuses autres observations, on trouve souvent une tendance à la formation d'organes dentaires un peu différenciés : de l'émail disposé autour de canalicules de dentine réguliers et, au centre, du tissu pulpaire. Ces formations odontoïdes agglomérées par le ciment ou par de l'émail ne se retrouvent parfois qu'en un point de la même tumeur, mais dans un cas (obs. n° 19) la lésion était constituée par 5 dents bien différenciées, conglomérées.

2° Dans les formations multiples, cette tendance à la différenciation dentaire est nettement plus marquée et « la tumeur » est constituée de véritables odontoïdes ou dents surnuméraires, séparées les unes des autres, avec évidemment toutes les formes de transition entre cet aspect et celui des dents conglomérées, formant une masse unique. C'est d'ailleurs dans ces odontoïdes nettement séparés que sont notées des malformations : *dens in dente* (obs. n° 12) et perle d'émail (obs. n° 19), témoignant bien de l'analogie du processus à l'origine de ces « malformations » et de ces « tumeurs ».

L'examen de ces divers tissus dentaires montre encore d'autres faits intéressants.

Émail. — Sur les coupes minéralogiques, la section est obligatoirement effectuée dans un sens arbitraire, ainsi les prismes sont sectionnés, les uns longitudinalement, les autres transversalement ou obliquement. Ceci permet de comprendre que les images dues au changement d'axe des prismes de l'émail, observées dans une dent normale, soient particulièrement abondantes dans ces lésions. Ainsi, les touffes ou buissons, les bandes de Hunter-Schreger apparaissent nettement en certains points. De même, il n'est pas rare d'observer des stries de Retzius témoignant bien de la minéralisation rythmique de cet émail.

L'étude des coupes décalcifiées permet de noter que la trame organique de l'émail présente une structure normale, seule la direction des prismes est variable.

Cependant, dans certaines observations, il existe des petites formations d'émail nodulaire bien arrondies, à disposition concentrique. Ces « perles » d'émail ne présentent pas de structure organique et semblent être de simples dépôts d'émail, entourés soit de dentine, soit de tissu cémentoïde ou d'os.

Dans les formations les mieux différenciées, l'émail présente une disposition régulière avec même, dans certains cas, présence de stries de Retzius. Il serait intéressant de vérifier si ces stries de Retzius se

retrouvent avec la même régularité au niveau d'une dent du même malade ayant subi une évolution normale.

La dentine. — Les plages de dentine présentent une structure variable suivant les points. Dans certaines plages, la structure canaliculaire est nettement visible; par contre, en d'autres points, ce sont les hémisphérites et les lignes de Owen qui sont plus facilement observables. Ceci s'explique comme au niveau de l'émail par la section obligatoirement arbitraire de la lésion.

Il existe de plus, dans les formations volumineuses, les moins différenciées, de petites zones lacunaires au centre de la dentine, qui sont occupées par du ciment cellulaire ou des petits « nodules » calcifiés.

Ce bouleversement tissulaire et ces défauts de minéralisation de la dentine sont d'importance inégale suivant les observations, mais ils sont constants.

Le tissu pulpaire. — Il est représenté par un tissu conjonctif richement vascularisé, entouré de dentine et présentant en périphérie une différenciation odontoblastique avec des cellules cylindriques hautes, régulièrement disposées en une ou au maximum 2 rangées. Parfois ce tissu pulpaire présente une régression fibreuse marquée avec des capillaires à paroi épaissie et une différenciation des odontoblastes. Il n'est pas exceptionnel même de rencontrer de nombreuses calcifications pulpaires, nodulaires ou de petites travées osseuses métaplasiques.

Le ciment. — Il est souvent très abondant. Il est essentiellement constitué par du ciment cellulaire riche en cimentocytes. Ce ciment tend à combler les espaces laissés vides par les formations les mieux différenciées, celles qui ont la forme d'une dent et qui, de ce fait, ne peuvent se juxtaposer exactement. Ce ciment, véritable substance d'union des divers tissus minéralisés, se trouve donc soit au centre, soit en périphérie de la tumeur.

Mais de plus, dans certaines observations, il occupe de larges plages, à contour irrégulier, au centre de la lésion et témoigne bien d'une véritable néoproduction de ciment, car il ne semble pas être dans ces cas une substance de comblement d'espaces laissés par la néoproduction d'émail et de dentine.

L'os. — Enfin, dans 2 observations, il existe de véritables *lamelles osseuses* en périphérie de la lésion. Elles semblent appartenir à la tumeur et leur signification sera discutée plus loin.

Les rapports entre ces divers tissus dentaires sont intéressants à préciser.

La jonction émail-dentine est régulière, avec des aspects identiques à ceux rencontrés dans une dent normale. Par contre, le ciment se trouve dans certaines observations au contact de l'émail. Dans ce cas, l'émail présente des irrégularités, comme s'il existait un arrêt de la minéralisation de certains prismes. Au contact de la dentine, le ciment comble également de larges lacunes irrégulières.

Plus curieux sont les rapports entre l'os et les autres tissus dentaires. Dans 2 observations, l'os adhère fortement à l'émail ou à la dentine et il n'existe pas de plan de clivage entre lui et la tumeur. Cet os semblant appartenir à la tumeur n'est que l'os maxillaire qui se trouve soudé au tissu dentaire. Les irrégularités de la ligne de jonction, son contour anfractueux, peuvent s'expliquer de 2 manières :

— soit par défaut de minéralisation dentaire au moment de la formation (hypoplasie), l'os vient combler les espaces vides;

— soit par une résorption des tissus dentaires au contact d'un foyer inflammatoire, l'os comblant les lacunes de résorption.

Étude des tissus non minéralisés

L'étude des parties molles permet de noter plusieurs aspects. Il peut s'agir soit d'une véritable poche kystique, soit de débris morcelés, au sein desquels on peut noter :

1° un tissu conjonctif très dense, lamellaire, présentant même, en certains points, quelques travées osseuses métaplasiques;

2° un tissu fibreux plus lâche, renfermant quelques petits amas de cellules épithéliales, nettement limitées par une vitrée. Les cellules périphériques sont plus hautes, cylindriques et le centre de ces formations est occupé par des cellules épithéliales tassées les unes sur les autres.

Ces formations semblent étouffées par la prolifération collagène et correspondent exactement à la description de certains débris épithéliaux de Malassez;

3° dans d'autres cas, certains de ces amas épithéliaux possèdent, en leur centre, des cellules plus claires, s'apparentant aux formations dites de la gelée de l'émail et, bien qu'en nombre plus réduit, elles réalisent l'image typique des améloblastomes ou adamantinomes vrais. Parfois même, le tissu conjonctif se mobilise au contact de ce tissu épithélial différencié des odontoblastes. Ceci aboutit à la formation de véritables organes dentaires;

4° enfin, dans certains cas, il existe une véritable cavité kystique,

bordée par un épithélium pluristratifié, dont les cellules banales hautes, de type cylindrique, forment des cellules claires disposées en plusieurs assises.

INTERPRÉTATION DES FAITS

La présence ou l'absence d'une paroi entre la tumeur et le tissu osseux s'explique de manière fort diverse.

1° *Lorsqu'il n'existe pas de paroi de poche kystique.* — L'examen de la pièce opératoire après décalcification permet de noter qu'il existe souvent une véritable intrication des tissus osseux et dentaires avec, à la périphérie de la tumeur, des lacunes de résorption irrégulières, anfractueuses, creusées dans la dentine ou l'émail et occupées par du tissu osseux. De telles images ne peuvent s'expliquer que par l'évolution antérieure d'un processus inflammatoire, localisé au niveau de la poche kystique préexistante. Ce processus inflammatoire, en poussée aiguë, résorbe l'os et les tissus dentaires, comme cela s'observe dans les résorptions internes ou externes des dents; par contre, en période de latence, il se fait une sclérose et une ossification métaplasique qui produisent cette intrication des tissus osseux et dentaires. Ces faits ne sont pas propres aux adamantinomes solides dentifiés et s'observent également au niveau de certaines canines incluses.

Or, les confrontations anatomocliniques permettent de noter que, dans les 2 cas où cet aspect a été noté, il s'agissait d'adultes ou de patients ayant antérieurement présenté des phénomènes suppuratifs ou de multiples tentatives d'exérèse et l'intervention avait été particulièrement difficile.

Mais, dans d'autres cas, il n'existe qu'une juxtaposition des tissus osseux et dentaires, sans véritable soudure. Cette juxtaposition se fait souvent suivant une ligne irrégulière, à contours anfractueux, et l'examen histologique, malgré des coupes multiples, ne permet pas de noter d'images de résorption. Il faut admettre là que, en l'absence de phénomènes inflammatoires, l'image en puzzle est réalisée par la production tumorale dentaire, la paroi ayant subi une régression fibreuse. Ceci s'apparente avec ce que tout praticien observe en clinique où les canines incluses des sujets jeunes sont plus faciles à extraire que celles des sujets âgés; le plan de clivage entre la couronne dentaire et l'os maxillaire disparaît progressivement.

2° *La présence d'une coque fibreuse, assez régulière, discontinue même,* entre l'os et la tumeur, peut s'expliquer par le mode d'exérèse. Le chirurgien soucieux d'éviter une mutilation trop importante et

cherchant un plan de clivage doit obligatoirement fragmenter la tumeur et, de ce fait, morceler le « tissu mou ». D'autre part, il n'est pas toujours possible de vérifier au fond d'une cavité anfractueuse s'il existe une véritable « coque fibreuse ».

Mais la présence, dans ces cas, d'amas épithéliaux peu nombreux semblant en voie de régression, sans cellules claires au centre, l'absence constante d'épithélium tapissant la paroi ne peuvent être mises sur le seul compte du morcellement opératoire; il peut exister, réellement, une régression fibreuse, aboutissant à une sclérose et à une juxtaposition du tissu osseux et dentaire. Et la régression fibreuse de la paroi, si elle a existé antérieurement, ne se fait que progressivement et irrégulièrement, c'est-à-dire plus rapidement en un point qu'en un autre.

3° *La présence d'une véritable membrane régulière* avec des éléments adamantins, a été notée dans plusieurs observations (8).

Ces caractères permettent de se convaincre qu'il s'agit là d'un véritable améloblastome doué de « potentiel évolutif ». Il existe, en effet, à ce niveau, un épithélium de type cylindrique, pluristratifié, avec même, en certains points, modification du tissu conjonctif de voisinage, qui prend un aspect œdémateux s'apparentant au tissu pulpaire. C'est dans ces cas qu'il n'est pas rare de noter, dans l'épaisseur de la paroi kystique, des formations adamantiniennes caractéristiques, bordées par des cellules cylindriques hautes et dont le centre est occupé par des cellules épithéliales vacuolaires claires.

La fréquence de ces cellules adamantiniennes en souligne l'importance. Si ces cellules sont parfois étouffées par la sclérose périphérique, elles présentent une activité manifeste dans certains cas, avec induction même du tissu conjonctif de la paroi kystique et formation de tissu pulpaire.

On peut objecter que cette activité correspond à une période de formation dentaire (obs. n° 15-20). Mais elle n'en existe pas moins et en cas d'intervention incomplète n'énucléant que la formation dentifiée, on peut se demander quel serait l'avenir de ces formations adamantiniennes en « activité ». Ces dernières douées de potentiel évolutif, laissées en place dans un tissu dont le comportement biologique est, du fait de l'intervention, modifié, sont capables de donner des tumeurs « à développement illimité » des améloblastomes.

Les tissus dentaires situés au centre de la cavité témoignent bien de l'activité de ce tissu épithélial. Dans l'observation n° 15, le tissu pulpaire, situé vers la périphérie au contact de la dentine, est situé dans la partie moyenne, alors que l'émail est au centre de la tumeur. Tout se passe comme si la différenciation se produisait dans une direction centripète. Ces constatations ne sont faites qu'en un point de la tumeur, car à distance

la production de tissus dentaires est plus irrégulière, avec présence d'émail en périphérie, immédiatement au contact de la paroi de la poche kystique.

Cette paroi kystique, bordée par un épithélium adamantin, s'observe essentiellement chez les sujets très jeunes. Par contre, la paroi fibreuse renfermant des cellules adamantines est notée chez les sujets un peu plus âgés (29 ans) et l'absence de poche kystique s'observe chez les sujets âgés.

Il semble donc bien qu'il se produise une véritable régression fibreuse de cette paroi qui a bien existé au début de l'évolution et pendant la période de formation. L'origine de cette poche est sans nul doute le sac dentaire, que la tumeur soit constituée par une formation unique ou par des formations multiples.

Les formations uniques s'expliquent par une prolifération anarchique de la totalité de ce sac dentaire ou bulbe, alors que les formations multiples peuvent s'expliquer par un morcellement ou une fragmentation des éléments de ce bulbe qui, par la suite, produit des formations à tendance odontoïdes plus nettes. Ces formations multiples peuvent également se développer à partir d'une prolifération de l'épithélium externe. Mais l'origine est toujours identique : « hypergenèse » du follicule dentaire.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

La thérapeutique est essentiellement chirurgicale, encore faut-il déterminer le moment opportun pour intervenir et le type d'intervention qui sera pratiqué.

Comme il a été dit plus haut, une intervention pour adamantinome solide dentifié ne sera pas pratiquée s'il existe un risque de léser les zones d'accroissement de la face, car cette tumeur ne présente aucune malignité et une surveillance régulière permet le plus souvent d'attendre la fin de la croissance.

Il ne faut pas compter sur la suppuration qui, créant autour de la tumeur une zone d'ostéite, pourrait faciliter l'extraction. Bien au contraire, l'ostéite peut augmenter les risques de fracture en cas de volumineuse tumeur et entraîner des suites opératoires plus compliquées.

Il convient d'opérer ces tumeurs, même si elles sont latentes depuis des années et si elles ne donnent aucun trouble fonctionnel. En effet, la sclérose et même la calcification progressive de la poche kystique entraîne, entre les tissus dentaires et le tissu osseux, une véritable soudure, qui est à l'origine de difficultés opératoires de plus en plus importantes. Et s'il fallait ultérieurement intervenir au cours d'accidents de désinclusion, la mutilation opératoire serait plus grande.

Cette intervention sera pratiquée différemment, selon qu'il s'agit de

petites ou de volumineuses tumeurs. Les petites tumeurs seront facilement énucléées après la résection de la table externe. Par contre, les volumineuses tumeurs doivent être morcelées, fragmentées, ce qui évite de détruire la totalité de la table externe, car la thérapeutique doit être ici essentiellement conservatrice.

Au cours de l'intervention, il faut systématiquement rechercher la présence d'une paroi de poche kystique, dont les éléments, laissés en place, pourraient, dans certains cas, être à l'origine d'une récurrence qui se produirait, non plus sous la forme d'un améloblastome dentifié mais, au contraire, d'un améloblastome kystique, dont on connaît les récurrences en cascades en cas d'intervention incomplète.

L'intervention demeurera essentiellement conservatrice au point de vue dentaire. Chez l'enfant, les formations dentaires, qui peuvent parfois faire éruption après ablation de cette tumeur, seront laissées en place.

La vitalité des dents au contact de la tumeur sera vérifiée et un traitement sera entrepris s'il existe des lésions pulpaire. Enfin, on contrôlera par la radiographie si la totalité de la tumeur a été enlevée au cours de l'intervention.

Les suites opératoires sont le plus souvent très satisfaisantes.

CONCLUSIONS

Ces observations d'adamantinome solide dentifié permettent de vérifier certaines données actuellement classiques et de préciser certains points d'histogénèse.

Ce sont des tumeurs des sujets jeunes, qui peuvent rester parfois longtemps latentes et ne se manifester qu'à l'âge moyen de la vie.

Elles ont une symptomatologie d'emprunt et leur diagnostic est essentiellement posé par la radiographie. Cet examen superposé à l'examen clinique et aux données de l'anamnèse confirme la présence d'une ou plusieurs formations dentaires surnuméraires ou d'une formation incluse dans le maxillaire en regard d'une dent absente,

L'étude anatomique permet de noter la présence constante, avec cependant d'importantes variations quantitatives, de tous les tissus dentaires : émail, dentine, pulpe et ciment. Ces formations dentaires sont constituées soit par une ou plusieurs dents surnuméraires parfaitement bien différenciées, soit par un ou plusieurs odontoïdes, soit par des odontoïdes avec anomalies dentaires (perle d'émail, *dens in dente*), soit enfin par un véritable bouleversement architectural, sans ordination décelable.

De nombreuses formes d'association entre ces différents types sont

fréquemment rencontrées. Elles apportent un argument de valeur en faveur de la classification des anomalies dentaires proposée par Jesensky et son École (Prague).

Ces néoformations dentaires sont parfois situées dans une véritable poche kystique, dont la paroi peut être constituée, soit par du tissu conjonctif fibreux lamellaire, renfermant des débris adamantins, soit par un tissu conjonctif plus lâche, situé immédiatement au contact d'un épithélium adamantin, renfermant des cellules de la gelée de l'émail, avec même parfois des ébauches de formations dentaires.

De plus, la présence d'émail, mise en évidence soit par la méthode des coupes sériées, soit par la méthode de micro-incinération, au niveau des améloblastomes kystiques, la présence de dents surnuméraires dans ces mêmes tumeurs, confirment bien l'unité anatomique de ces formations adamantiniennes : adamantinome solide dentifié et améloblastome.

Ces faits permettent d'apporter des arguments en faveur de l'histogénèse de ces tumeurs; elles se développent à partir d'une prolifération, soit de l'épithélium externe, soit de l'épithélium interne de l'organe dentaire au moment de sa formation. C'est une dysembryoplasie présentant divers degrés, dont le résultat est une tumeur plus ou moins bien différenciée, plus ou moins complexe.

La présence de stries de Retzius dans ces néoformations, semblables en tous points aux stries de Retzius observées sur une dent dépourvue d'anomalies du même patient, témoigne bien d'une minéralisation rythmique identique à celle des dents normales. Il s'agit donc d'une lésion contemporaine de la formation des dents. Ceci explique qu'après le stade de minéralisation, jamais, dans nos observations, nous n'avons pu voir un adamantinome solide dentifié présenter une augmentation de volume. Cependant, dans une de nos observations (n° 15), l'épithélium adamantin présentait une nette tendance à la formation d'organes dentaires, ceci correspondait à la minéralisation de la 2^e molaire inférieure.

Après la période de minéralisation dentaire, l'épithélium adamantin présente une nette tendance à l'atrophie et la paroi kystique tend à subir une régression fibreuse, avec même, en certains points, métaplasie osseuse. Dans certains cas, des phénomènes suppuratifs viennent encore, après un temps assez long d'évolution, entraîner une modification avec sclérose de la paroi. Ceci aboutit à une véritable synostose adamantinome solide dentifié — os expliquant les adhérences observées, d'une manière assez inconstante, chez les sujets âgés.

Au point de vue thérapeutique, cette étude permet de préciser que les adamantinomes solides dentifiés doivent être opérés au moment opportun. C'est-à-dire qu'ils ne doivent pas être opérés quand ils siègent dans une zone d'accroissement, qu'ils doivent être opérés, autant que possible,

dans le jeune âge, car la sclérose progressive rend les difficultés opératoires plus grandes. Enfin, la suppuration, qui pourrait être dans certains cas à l'origine d'une tendance à l'élimination spontanée de la tumeur, ne doit pas être recherchée car, provoquant une ostéite, elle risque d'entraîner une fracture qui compliquerait l'évolution de cette lésion. Enfin, l'exérèse complète de la tumeur, formations dentaires et poche kystique, doit être réalisée, car les formations kystiques de type adamantin laissées en place, modifiées par l'acte chirurgical, pourraient être à l'origine d'une récurrence qui se ferait alors, non plus sous forme d'adamantinome solide dentifié, mais d'adamantinome kystique ou épithélioma adamantin, dont on connaît l'évolution avec de multiples récurrences.

Malgré l'unité anatomique de ces lésions avec les adamantinomes kystiques et les nombreuses images d'association, il convient cependant de maintenir le cadre de ces tumeurs dentifiées, qui sont toujours des tumeurs bénignes et qui ne peuvent se transformer en épithélioma adamantin qu'en cas d'exérèse incomplète et les observations à ce sujet sont exceptionnelles. La présence d'un sarcome fuso-cellulaire notée dans une de nos observations, la présence d'images typiques d'améloblastomes dans ces lésions témoignent bien cependant de l'exceptionnelle possibilité d'une évolution maligne de certaines de ces dysembryoplasies.

(Clinique Stomatologique de la Pitié,
Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté.)

TRAVAUX ANTÉRIEURS SUR LE MÊME SUJET

- J. CHOMPRET et M. DECHAUME. — *Revue de Stomatologie*, juin 1931, n° 6, 321.
M. DECHAUME. — Société de Stomatologie de Paris, séance du 20 octobre 1931, in
Revue de Stomatologie, décembre 1931, n° 1-2, 726.
M. DECHAUME et POIRE. — *Revue de Stomatologie*, 1951, 52, n° 5-6, 289-295.
M. DECHAUME. — *Revue de Stomatologie*, mai-juin 1951, 52, n° 8-9, 754-763.
M. DECHAUME et KEREBEL. — *Revue de Stomatologie*, 1952, 53, n° 11-12, 885-895.
-

VU ET APPROUVÉ :

Paris, le

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. BINET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
JEAN SARRAILH.

